

# Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28015 | 704-377-3688



## PÓLIZA FINANCIERA Y HIPAA

Bienvenido a nuestro consultorio! Gracias por escoger Harrisburg Pediatric Dentistry. Para nosotros es de suma importancia el formentar una relación con su familia basada en buena comunicación y confianza mutua. La siguiente información describe en detalle nuestra política de pago. Si usted tiene alguna pregunta, haremos todo lo posible por responderla adecuadamente.

### Póliza de Pagos

Por favor tenga en cuenta que quién trae al niño/a a nuestro consultorio, sea el padre de familia ó el tutor, este será legalmente responsable por el pago de la cuenta. Nuestra oficina no puede ser involucrada en asuntos de custodia, disputas legales, financieras ó de cualquier otra índole personal de nuestro pacientes. Nuestro consultorio opera basado en honorarios contra servicio y los pagos son requeridos en cada una de las citas. Se aceptan tarjetas de crédito como Visa, MasterCard, Discover, así como también dinero en efectivo y cheques personales, Care Credit, Amex. Se hará un cargo de US \$38.00 por cheques devueltos por el banco.

Para nuestros pacientes con seguro privado, enviaremos los reclamos a la compañía de seguro, como una cortesía para usted. Sin embargo, usted debe cubrir un porcentaje del valor del tratamiento al momento de la cita, a menos que obtenga un estimado por escrito de su compañía de seguros, detallando el valor cubierto por su póliza antes del tratamiento. La excepción son las citas para limpieza; nuestra oficina hará el reclamo directamente a su compañía de seguros. Si su primera visita es para emergencia o evaluación, se requiere el pago completo de los servicios, independientemente del cubrimiento que usted tenga con el seguro. Si no hemos recibido pago del seguro a los 30 días después del tratamiento, usted será responsable por el pago de los servicios recibidos. Cuentas pendientes de más de 30 días están sujetas a un cargo financiero de 1.5%. Dado el caso que su cuenta no sea pagada a tiempo, la cuenta será responsable por los costos incurridos en el cobro de la cuenta.

Nosotros tenemos la opción de reportar el estado de su cuenta a cualquier agencia de crédito.

Cualquier póliza de seguro es un contrato entre usted como cliente y su compañía de seguros. Por favor infórmese adecuadamente sobre los beneficios cubiertos por su póliza. Si tiene preguntas respecto a nuestros honorarios, por favor no dude en preguntar por nuestro Coordinador de Cuentas.

### Póliza de Cancelación de Citas

En consideración a nuestros pacientes que están esperando a ser programados, citas falladas o canceladas sin previo aviso de 24 horas puede tener un cargo de \$51.00. Adicionalmente, citas canceladas sin aviso adecuado pueden requerir un pre-pago de servicios anteriores a la visita que se reprogramo.

El tiempo que reservamos para la cita de su hijo/a es muy importante. Harrisburg Pediatric Dentistry comienza a confirmar citas 2-3 días antes de la cita programada. Tome en cuenta que si no recibimos una confirmación verbal, por texto o correo electrónico antes del tiempo requerido de 24 horas, es posible que cancelemos o cambiemos la cita a otro horario para poder admitir pacientes puntuales con citas confirmadas. Puede que se le ofrezca esperar hasta que podamos admitir su hijo/a a nuestro horario de nuevo.

Si una continuación de citas falladas o canceladas persiste el paciente puede ser colocado en un lista de inactivos para asegurar que los pacientes cometidos a las citas puedan ser visto de manera oportuna.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Harrisburg Pediatric Dentistry

4079 Harris Square Drive | Harrisburg, NC 28015 | 704-377-3688



## RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LA PRACTICA DE PRIVACIDAD

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Yo, recibí una copia de la práctica de privacidad de Harrisburg Pediatric Dentistry.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

Para Uso de Oficina Solamente:

No pudimos obtener por escrito un recibo de la privacidad de la práctica por:

- Una emergencia existente y firma no fue obtenida.
- El individuo rechazó firmar.
- Una copia fue enviada requiriendo firma.
- Imposible de comunicarse con el paciente por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Preparador \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha